



שם הסוכן	מספר רשיון הסוכן
שם המפקח	מספר סוכן
מספר פוליסה	

המועד המבוקש להתחלת הביטוח*
01/

* מועד תחילת הכיסוי יקבע לפי המאוחר מבין:
 תאריך החתימה על ההצעה או תאריך
 הביטוח הרשום לעיל.
 הפוליסה תכנס לתוקף החל מהיום הקבוע
 בדף פרטי הביטוח כמועד התחלת הביטוח.

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
 יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

הצעה לביטוח ל"אנשי מפתח" - אור ריזיקו מתחדש

מיועד לרכישת ביטוח ל"אנשי מפתח" למקרה פטירה בתכנית אור 1.

טופס מספר **245**

מובהר בזאת כי כל המונחים בהצעה להלן יפורשו כהגדרתם בתנאים הכלליים של הפוליסה. בכל מקום בהצעה שקיימת התייחסות לגיל המבוטח הכוונה לגיל הביטוחי כהגדרתו בתנאים הכלליים של הפוליסה.

א. פרטי המועמד לביטוח					
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	ג <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/>
יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד
מספר טלפון נייד	דואר אלקטרוני				
מקצוע	עיסוק				
אני מבקש לקבל הודעות ומסמכים מטעם החברה (לרבות: דוח שנתי מקוצר, דף פרטי ביטוח, תנאי הפוליסה וגילוי נאות) באחד האמצעים שלהלן: <input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> הודעת טקסט (מסרון) <input type="checkbox"/> דואר					
במקרה שלא סומנה בחירה לעיל, יישלחו המסמכים הנ"ל באמצעות מסרון או דוא"ל של המבוטח הראשי עפ"י הרשום לעיל.					

ב. פרטי המועמד לבעלות על הפוליסה - והתכנית/ות שהינו גם המוטב הבלתי חוזר					
מספר זהות / פ"ח / ח"צ	שם חברה			מספר טלפון	מספר פקס
יישוב	כתובת (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	מיקוד	דואר אלקטרוני

ג. תכנית/ות הביטוח	
שם התכנית	סכום הביטוח(ש"ח) סכומי הביטוח צמודים למדד
אור 1 ריזיקו מתחדש - ביטוח למקרה מוות עד לתום תקופת הביטוח	תקופת הביטוח _____ שנים (עד 10 שנים) תום תקופת הביטוח לא יעלה על גיל 75

ד. אופן התשלום (התשלום יתבצע על בעל הפוליסה שהינו המוטב הבלתי חוזר)	
אופן גבייה	אמצעי גבייה
<input type="checkbox"/> חודשי (באמצעות הוראת קבע) <input type="checkbox"/> הוראות קבע - יש למלא הוראה בטופס	לתשומת לבכם: הוראה לחיוב חשבון, אשר מוגבלת במועד או בתקרת סכום, אינה מתאימה לצורכי ביטוח/פנסיה/גמל ולכן חברתנו מאפשרת לקבל הוראות בעלות הרשאה כללית בלבד <input type="checkbox"/> הוראות קבע - יש למלא הוראה בטופס

ה. פרטי המוטב הבלתי חוזר ובעל הפוליסה					
מספר ח"פ / ח"צ	שם חברה	כתובת (רחוב)	מס' בית	יישוב	מיקוד
המבוטח מבקש בזאת לקבוע כמוטב בלתי חוזר, כהגדרתו בסעיף 11 (ג) לחוק חוזה הביטוח התשמ"א 1981 - לצורך קבלת כל התשלומים בקשר לכל התכניות המבוקשות בהצעה זו הן במקרה מוות (מוטב למקרה מוות) והן במקרה נכות מוחלטת ותמידית (מוטב למקרה חיים - ככל שמבוקש וערך ביטוח נוסף למקרה נכות מוחלטת ותמידית), את בעל הפוליסה שפרטיו רשומים בסעיף ב' לעיל. ידוע לנו כי קביעת המוטב הבלתי חוזר כפופה לכל דבר ועניין והוראות הפוליסה והתכנית/ות שיערכו כמבוקש בהצעה זו, ולהוראות הדין ולקיומה של זכות לקבלת סכומים כלשהם מכוח הפוליסה/ות שיערכו. ידוע לי ששינוי המוטב הבלתי חוזר, מותנה באישורו ובהסכמתו מראש ובכתב של המוטב הבלתי חוזר. המוטב הבלתי חוזר מאשר בחתימתו מטה הסכמתו לאמור לעיל.					
חתימת המועמד לביטוח*			חתימת המוטב הבלתי חוזר שהינו בעל הפוליסה*		

(מהדורה 10.2022)



ו. הצהרות המועמד לביטוח והמועמד לבעלות על הפוליסה שניהם ביחד וכל אחד לחוד

הצהרת היות המבוטח איש מפתח ונחיצות הביטוח/ים: הננו מצהירים כי המועמד לביטוח הינו עובד בכיר וחיוני ואיש מפתח אצל בעל הפוליסה והמוטב הבלתי חוזר וכי יגרם לבעל הפוליסה הפסד ממש, לפחות בסכום הביטוח המבוקש ככל שיקרה מקרה הביטוח באיזה מהתוכניות שיערכו.

הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצעה: כל התשובות, הפרטים והמידע האחר שנמסר במסגרת הצעה זו ו/או במסגרת הצהרת הבריאות ("המידע") הינם נכונים ומלאים. המידע כאמור הינו מהותי למבטח והוא משמש בסיס לחוזה הביטוח בדמי הביטוח ובתנאי כיסוי כפי שהוצעו, ומהווה חלק בלתי נפרד ממנו. ידוע לי כי אי מסירת תשובות מלאות וכנות עלולה להשפיע על תשלום תגמולי הביטוח. אני מתחייב להודיע לחברה אם בעתיד יחול שינוי באלו מהמידע שנמסר וזאת מיד עם היוודע לי על דבר השינוי.

הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות: אני מאשר שהמידע שמסרתי במסמך זה וכל מידע נוסף שאמסור, נמסר מרצוני ובהסכמתי, ולא חלה עליי חובה חוקית למסור את המידע. ידוע לי כי המידע ישמר במאגרי המידע של החברה ושל גופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ ו/או מי מטעמן, וישמש לכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושירות שוטף של פוליסות/תוכניות/מוצרים על שמי, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיוור ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין. אני מסכים כי המידע והמסמכים שמסרתי ואמסור יועברו לצדדים שלישיים, לרבות כאלה הנמצאים בחו"ל, לצורך המטרות הנ"ל, כגון: לסוכני ביטוח/בעלי רישיון, מבטחי משנה, מעסיקים, גורמים מתפעלים, ספקים, קבלני משנה ושותפים עסקיים (לרבות לגופים אחרים במקרה של שינוי במבנה תאגידי או מכירת עסקי הקבוצה). מדיניות הגנת הפרטיות של קבוצת מגדל זמינה עבורך באתר האינטרנט <https://www.migdal.co.il> או באפליקציה של החברה.

העברת מידע בקווי תקשורת: אני מסכים כי החברה תעביר מידע ושירותים בקשר עם התכנית ו/או אודותי באמצעות הטלפון, הפקסימיליה, האינטרנט או באמצעי תקשורת חליפי, למרות שאין בהם זיהוי פיזי של הלקוח ("קווי תקשורת") וכן כי אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע לכך כי במקרה זה יתכנו תקלות, טעויות, עיכובים, השמטות וכן אפשרות של חשיפת פרטים המהווים פגיעה בפרטיות וזאת על אף אמצעי אבטחת מידע סבירים שהחברה נוקטת וכל עוד החברה נוקטת באמצעי אבטחת מידע כאמור. החברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת. אני מאשר ומסכים שהחברה תהא רשאית אך לא חייבת להקליט את התקשורת שתקיים עמי בקווי התקשורת.

הצהרה בדבר מרכיבי התכנית והתאמתם למועמד לביטוח: החברה מסרה לי כי תכנית הביטוח המשווקת על ידה מעת לעת, לרבות התכנית נשוא הצעה זו, מפורסמות באתר האינטרנט של החברה. מרכיבי התכנית הנרכשת לרבות הכיסויים הביטוחיים, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי ביטוח וגבולות אחריות עיקריים, וכן אמצעי התשלום ותנאי התשלום האפשריים הובאו לידיעתי. כמו כן, נמסר לי דבר קיומם / אי קיומם של תקופת המתנה ו/או תקופת אכשרה ו/או החרגות לכיסוי הביטוחי ו/או השתתפות עצמית, גובה ההנחות (במידה וישנן) והתנאים לביטולן, וידוע לי כי באפשרותי לקבל מידע מפורט בעניין זה. כמו כן ידוע לי, כי קיימות בחברה תכניות ביטוח נוספות מסוגים שונים, הנבדלים מהתכנית הנרכשת בהרכב הכיסוי הביטוחי, בעלותם ובהיקפם, ואני מאשר, כי נמסרו לי תוצאות התאמת הצרכים וכלל זה ההבדלים בין הפוליסות שהוצעו לי לרבות פרמיית הביטוח, תנאי הפוליסה והשירות של החברה או כל סיבה אחרת שבשלה הומלץ לי להצטרף לתוכנית/ות המבוקשת/ות וכן שיפור תנאי הכיסוי או השירות או כל סיבה אחרת שבשלה הומלץ לי לעבור פוליסה, וכי התכנית אליה אני מבקש להתקבל, נבחרה לאחר שמצאתי אותה מתאימה לצרכי. כמו כן נמסר לי כי מעת לעת מוציאה החברה תכניות חדשות וכי ראוי לבדוק ולברר בכל עת בעתיד את המוצר הנרכש ביחס לאלו שהיו קיימים בעתיד וכן כי הדינים השונים החלים על התכנית נשוא הצעה עשויים להשתנות.

איתור מוצרי ביטוח בממשק אינטרנטי

לתשומת ליבך, רשות שוק ההון ביטוח וחסכון במשרד האוצר הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם.

במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו. לנוחותך, תוכל למלא בקשה להסרת פרטיך מהממשק באמצעות טופס דיגיטלי באתר האינטרנט של חברתנו בכתובת: www.migdal.co.il ידעתיך, אי העברת הנתונים, תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

	חתימת המועמד לביטוח		חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	תאריך
--	----------------------------	--	---------------------------------------	--------------

ז. הסכמה לפניות שיווקיות- (רשות)

אני מסכים/ לא מסכים כי המידע ישמש את החברה ו/או חברות מקבוצת מגדל ו/או גורם מטעמן לצורך שיווק ודיוור ישיר אודות כיסויים ביטוחיים ומוצרים ו/או שירותים פיננסיים, פיננסיים ואחרים ולפנייה בהצעה לרכישתם, וזאת בין היתר באמצעות פקסימיליה, הודעה אלקטרונית (דוא"ל), הודעת מסר קצר (SMS), מערכת חיוג אוטומטי או כל אמצעי תקשורת אחר. ידוע לי שבכל עת אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה השיווקית באמצעות סוכן הביטוח או באתר מגדל או פנייה למוקד קשרי הלקוחות של החברה בטלפון 03-9201010 או דואר אלקטרוני mokedbi@migdal.co.il.

	חתימת המבוטח/בעל הפוליסה	תאריך
--	---------------------------------	--------------

ח. הצהרת הסוכן בדבר מילוי הוראות חוזר צירוף לביטוח - חובה למילוי

אני מאשר כי במסגרת הליך מכירת המוצר/ים המפורטים בטופס זה, מילאתי אחר כל הוראות הממונה על פי חוזר צירוף לביטוח, ובכלל זה:

1. הריני מצהיר כי התאמת את הביטוח לצרכי המועמד לביטוח וכי תהליך ההתאמה כלל בין היתר התייחסות לביטוחים הרלוונטיים הקיימים ברשות המועמד לביטוח, לסוגי הביטוחים הרלוונטיים הקיימים בחברת הביטוח וכן לסוגי הביטוחים הרלוונטיים המשוקים על ידי.
2. הריני מצהיר כי הצגתי ומסרתי למועמד לביטוח את תוצאות הליך ההתאמה ובכלל זה את ההבדלים בין הפוליסות שהוצעו לו לרבות פרמיית הביטוח, תנאי הפוליסה והשירות שיינתן למבוטח בחברה אליה מבקש להצטרף או כל סיבה אחרת שבשלה המלצתי למועמד לביטוח להצטרף לתוכנית/ות המבוקשת/ות. במקרה של החלפת פוליסה קיימת, הצגתי למועמד גם את שיפור תנאי הכיסוי או השירות או כל סיבה אחרת שבשלה המלצתי למבוטח לעבור פוליסה.
3. הריני מצהיר כי ידעתי את המועמד לביטוח לגבי חברות שדמי העמילות שאני מקבל מהן בשנה הקלנדרית האחרונה עולים על 40% מסך כל דמי העמילות שאני מקבל עבור כלל המוצרים מאותו ענף ביטוח וכי אני משווק בעיקר את החברות האמורות. כמו כן, ציינתי בפני המועמד לביטוח את מספר כל החברות המשווקות את מוצר הביטוח שהוצע לו.
4. הריני מצהיר שבחנתי את רשימת מוצרי הביטוח הקיימים של המועמד לביטוח המנופקת באמצעות אתר הר הביטוח (לכל הפחות) ומצאתי כי:

יש לסמן את אחת מהאפשרויות

- לא קיימת למועמד פוליסה עבור מקרה ביטוח דומה במגדל או בחברת ביטוח אחרת.
- קיימת למועמד פוליסה עבור מקרה ביטוח דומה במגדל או בחברת ביטוח אחרת - **על המועמד לאשר את הצטרפותו לתכנית נוספת בסעיף י' או לחילופין לסמן כי כוונתו לבטל את הפוליסה הקיימת בסעיף ט'.**



ח. הצהרת הסוכן בדבר מילוי הוראות חוזר צירוף לביטוח - חובה למילוי - המשך

5. הצהרת סוכן בשיווק יזום למבוטח שהוא אזרח ותיק, שלא נעשה במהלך פגישה פיזית (גיל 67 ומעלה) הנני מצהיר כי:

- עברתי במהלך השנה הקלנדרית הכשרה למתן שירות לאזרח ותיק כנדרש בחוזר צירוף לביטוח.
- בצעתי את הליך השיווק בשני שלבים. בשלב הראשון, הצגתי למועמד לביטוח את עיקרי הכיסוי הביטוחי של המוצר/ים ששווקו לו ואף מסרתי לו תמצית כתובה של עיקרי הכיסוי הביטוחי על פי הנוסח הקבוע בחוזר צירוף לביטוח, בדואר/באמצעי דיגיטלי בהתאם לבחירת המועמד לביטוח. כמו כן, הצעתי למועמד לביטוח להתייעץ עם קרוב משפחה או אדם אחר בקשר לרכישת הביטוח המוצע.
- בשלב השני, המשך וסיום הליך השיווק בוצע על ידי לאחר 2 ימים לפחות ממועד מסירת ההצעה הראשונית/עיקרי הכיסוי הביטוחי.

	חתימת הסוכן *	חתימת הסוכנות *	
--	------------------	--------------------	--

ט. הקטנה / ביטול פוליסה / כיסוי ביטוחי שבתוקף

- האם קיימת ברשותך פוליסה/כיסוי ביטוחי, שברצונך לבטל בעקבות הצטרפותך לפוליסה זו? כן לא
- האם קיימת ברשותך פוליסה/כיסוי ביטוחי, שברצונך להקטין בעקבות הצטרפותך לפוליסה זו? כן לא

אם ענית כי ברצונך לבטל את הפוליסה הקיימת ברשותך:

האם ברצונך כי בקשת הביטול תשלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה הקיימת:

- על ידך
- על ידי סוכן הביטוח, יש למסור לסוכן טופס בקשת ביטול מס' 305 חתום
- על ידי חברת הביטוח מגדל, יש לצרף טופס בקשת ביטול מס' 305 חתום ולציין את שם חברת הביטוח המבטחת בפוליסה הקיימת

הצהרת הסוכן:

הריני מתחייב להעביר את בקשת הביטול אל חברת הביטוח בה מתנהלת הפוליסה הקיימת שברשות המבוטח א מתחייב להעביר את הבקשה אל מגדל, למשלוח באמצעותה, לפי בחירת המבוטח

	חתימת הסוכן *	חתימת הסוכנות *	
--	------------------	--------------------	--

לתשומת לב: ככל שיקבעו לך החרגות בהליך החיתום, תשובה חיובית לשאלה מס' 1 או 2 לסעיפים שלעיל, מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול בעריכת הפוליסה החדש

י. אישור המועמד/ים להצטרפות לתכנית נוספת המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה

הנני מבקש להצטרף לתכנית המבוקשת על אף שיש בידי פוליסה קיימת המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה וכי ידוע לי כי יגבו ממני דמי ביטוח (פרמיות) עבור שתי הפוליסות

אישור זה מתייחס לתוכניות ביטוח למקרה מוות או שחרור מתשלום פרמיות במקרה אובדן כושר עבודה, או נכות מתאונה.

	חתימה *	תאריך *	
--	---------	---------	--

אין באמור בכדי להוות אישור החברה על ביטוח קיים בתוקף במגדל

יא. הצהרת הסוכן

הריני מצהיר כי קיבלתי מהמועמד לביטוח ובעל הפוליסה את כל הפרטים, המסמכים והתשובות לשאלות המופיעות בטופס ההצעה וכי טופס זה נחתם בפני בכל המקומות בהם נדרשות ומופיעות חתימות, לאחר שהמועמד לביטוח והמועמד לבעלות הפוליסה קראו את ההצעה במלואה.

	חתימת הסוכן *		תאריך
--	------------------	--	-------

שם בעל הרשיון הפנסיוני	מספר בעל הרשיון
שם המפקח	מספר פוליסה

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

שאלון פיננסי למועמד לביטוח ולבעל הפוליסה

א. שאלות כלליות למועמד לביטוח ולבעל הפוליסה

משכורת חודשית של המועמד לביטוח: _____

ביטוחי חיים קיימים אחרים (סוג וסכומים): _____ לחודש

האם יש הצעות לביטוח בתהליך ביצוע בחברות אחרות (פרט): _____

שם החברה: _____

באיזה ענף עוסקת החברה: _____

תאריך ייסוד החברה: _____

מספר העובדים בחברה: _____

וותק איש המפתח בחברה: _____

באם החברה הינה חברת **Start-Up** נא להציא תכנית עבודה הכוללת את הפרויקטים עליהם עובדת החברה וסיום משוער, תחזיות מחזור ורווח (הפסד) לשנים הבאות: _____

האם המועמד לביטוח או משפחתו בעלי מניות בחברה, במידה וכן פרט: _____

איזה חלק מהרווח נטו של החברה מיוחס לאיש המפתח? _____

תיאור תפקידו וכישוריו של המועמד (כולל ניסיון קודם) ההופכים אותו לאיש מפתח: _____

מדוע נבחר סוג זה של ביטוח? _____

האם המועמד מועסק ע"פ חוזה מיוחד? לכמה שנים? _____

מי מחליף את איש המפתח בהעדרו מהעבודה (מילואים, חופש, מחלה וכדומה)? _____

כיצד חושבו סכומי הביטוח ומי קבע את סכומי הביטוח המבוקשים (מדוע יגרם לחברה הפסד בסכום המבוקש בהעדר איש המפתח). נא פרוט: _____

האם החברה מתכוונת לבצע פוליסת אנשי מפתח לאנשי מפתח אחרים בחברה, פרט: _____

המחזור והרווח השנתי של החברה בשלוש השנים האחרונות (פרט באיזה מטבע): _____

שנת _____	שנת _____	שנת _____	רווח / הפסד
שנת _____	שנת _____	שנת _____	מחזור

ב. הצהרות

1. השאלון הפיננסי לעיל מהווה חלק בלתי ניפרד מההצעה לביטוח. אנו מאשרים כל אחד מאתנו בנפרד, כי כל הפרטים שמסרנו בשאלון הפיננסי לעיל, נכונים ומלאים והם נמסרו לכם מרצוננו החופשי והם ישמשו בסיס לעריכת הפוליסה המבוקשת. ידוע לכל אחד מאתנו כי הסכמתכם כחברת הביטוח לעריכת הביטוח/ים, כרוכה בין היתר בהליכים של חיתום, בהתבסס על נתונים שונים והמידע שמסרנו לכם לעיל וכל מידע רלבנטי אחר ורק אם סיומו תתקבל הצעה או שתדחה.

שם המבוטח	שם בעל הפוליסה
חתימת המבוטח	חתימת בעל הפוליסה

2. הננו לאשר כי חתימת בעל הפוליסה בהצעה זו הינה בהתאם לזכויות החתימה אצל בעל הפוליסה להלן פרטי החותמים בצירוף חותמת החברה:

מספר זהות	שם מלא	תפקיד בחברה	תאריך
מספר זהות	שם מלא	תפקיד בחברה	חתימה וחותמת החברה



שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מספר פוליסה

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

הצהרת בריאות

1 טופס מספר

הנחיות למילוי הטופס:
השאלון ימלא עבור כל אחד מהמועמדים לביטוח. יש לסמן כן/לא. אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט אשר מספרו רשום בסוגריים וכן לצרף מידע רפואי רלוונטי לרבות תוצאות בדיקות. השאלון מנוסח בגוף זכר יחיד לשם הנוחות, אך מיועד לשני המינים.
על כל מועמד שגילו 65 ומעלה לצרף תמצית רפואית המתייחסת למצבו הרפואי וכוללת את הפרטים הבאים לפחות: ניתוחים, תרופות קבועות, אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו בחמש השנים האחרונות.

חלק א' - פרטים כלליים

מועמד ראשי לביטוח:

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	גובה (ס"מ)*	משקל (ק"ג)*
* נדרש למלא מגיל 10 ומעלה				

שם קופת החולים: מכבי מאוחדת כללית לאומית

מועמד שני לביטוח:

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	גובה (ס"מ)*	משקל (ק"ג)*
* נדרש למלא מגיל 10 ומעלה				

שם קופת החולים: מכבי מאוחדת כללית לאומית

חלק ב'

רקע רפואי ואורח חיים:

מבטח ראשי	בן / בת זוג		מבטח ראשי	בן / בת זוג	שאלה
	כן	לא			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 האם יש לך עיסוקים/תחביבים/אורח חיים עם סיכון מיוחד? אם כן, צרף שאלון תחביבים/מקצועי ברכישת כיסוי לאובדן כושר עבודה או נכות מתאונה, או מבקשים להסב את תשומת לבך לרשימת פעילויות של ספורט אתגרי אשר מוחרגות מתכנית הביטוח ואינן מכוסות. הרשימה מופיעה באתר החברה בדף מוצר הביטוח ומתעדכנת מעת לעת. ההחלטה תהיה נכונה למועד קרות מקרה הביטוח. הננו ממליצים לבדוק את רשימת ההחרגות לספורט אתגרי מעת לעת.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 האם הנך מעשן כיום? (השאלה מתייחסת לכל מוצרי הטבק לרבות סיגריות אלקטרוניות) אם כן ציין מס' סיגריות/פעמים שמעשן ביום: _____ מבטח ראשי _____ בן/בת זוג _____ אם ענית כי אינך מעשן כיום, האם עישנת בשנתיים האחרונות?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 האם הנך שותה באופן קבוע יותר מ- 2 כוסות אלכוהול ליום? (22)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 האם הנך צורך או צרכת סמים כעת או בעבר? (22)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע? (21)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 האם ב- 5 השנים האחרונות אושפזת ו/או עברת ניתוח ו/או האם יעצו לך לעבור ניתוח? (3)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 האם ב- 5 השנים האחרונות עברת בדיקה רפואית אבחנתית ו/או פולשנית ו/או בדיקת הדמיה ונמצא בה ממצא שהצריך בירור/מעקב רפואי? אם כן צרף את תוצאות הבדיקות ופרט: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 האם נקבעה לך נכות כלשהי ו/או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת אחוזי נכות ו/או מתעתד להגיש תביעה לנכות מכל סוג? (23)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 האם ככל שידוע לך, קיימת מחלה ו/או בעיה רפואית אצל קרובי משפחה מדרגה ראשונה מתחת לגיל 50, הקשורים ללב, סרטן, כליות, סוכרת, מערכת העצבים? (20)



האם במהלך חיך אובחנו מומים / הפרעות באחד או יותר מהאיברים /או המערכות הבאים /או חלית באחת המחלות הבאות?				מבטח ראשי	
בן / בת זוג		כן		לא	
לא	כן	לא	כן	לא	כן
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	מערכת העצבים, המוח /או הפרעות התפתחויות: לרבות אפילפסיה (4), אירוע מוחי, גידול מוחי, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, רעד, פרקינסון, שיתוק, פוליו, אספרגר, אוטיזם, הפרעות קשב וריכוז, סחרחורות והתעלפויות. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב- 3 השנים האחרונות?				
2	נפש: לרבות דיכאון (13), חרדות, תסמונת פוסט טראומטית. האם אובחנת כחולה במחלת נפש?				
3	מחלות ממאירות, גידולים: לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני (24).				
4	מערכת ריאות ודרכי נשימה (1): לרבות אסטמה, ברונכיטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, סיסטיק פיברוזיס, דלקת ריאות, שחפת.				
5	מערכת הראיה (11): לרבות ליקוי ראייה מעל מס' 7, הפרדות רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני), קטרקט, אובאיטיס, קרטקונוס.				
6	מערכת אף אוזן וגרון: לרבות ירידה בשמיעה (12), דלקות אוזניים חוזרות, מנייר, טינטון, פוליפים, פגיעה במיתרי הקול.				
7	מערכת הלב/לחץ דם (2), (28), כלי דם (14): לרבות יתר לחץ דם, כאבים בחזה, התקף לב, אי ספיקת לב, מום מולד בלב, הפרעות קצב, איוושה, פגיעה במסתמים, טרומבוזת, תסחיף ריאתי, מפרצת אאורטה, ורידים מורחבים, יתר לחץ תוך ריאתי, טרשת עורקים. האם עברת צנתור?				
8	בקע ומערכת העיכול (6), (29): לרבות בקע/שבר/הרניה מכל סוג שהוא, ריפלוקס (החזר וושטי), קרוהן, קוליטיס, פרוקטיטיס, דימום רקטלי, רקטוצולה, הפטיטיס/צהבת, כבד מוגדל, כבד שומני, שחמת (צירוזיס), אבנים בדרכי המרה /או כיס מרה, דלקת בלבב (פנקריאטיטיס).				
9	מערכת כליות ודרכי שתן (15): לרבות אי ספיקת כליות, כליה פוליציסטית, מום בכליה או מום אחר, אבנים, ריפלוקס דרכי שתן, צניחת שלפוחית השתן, דלקות חוזרות, דם /או חלבון בשתן, ערמונית מוגדלת, בעיה אחרת בערמונית (16).				
10	מחלה מטבולית, הורמונאלית (אנדוקרינולוגיה): לרבות סוכרת (7), שומנים בדם (9), שיגדון (גאוט), גושה, (18) FMF, בלוטת התריס/המגן (8), יותרת המגן/התריס, יותרת המוח (פרולקטינומה/פרולקטינימה), הפרעות בגדילה (8).				
11	מערכת הדם, החיסון, מחלות זיהומיות (25): לרבות אנמיה, ערכים חריגים בספירת דם, הפרעה בקרישת הדם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון, איידס/נשאות, מחלת חום ממושכת מעל 3 חודשים.				
12	מערכת השלד, השרירים, מפרקים (10), (19), בעיות ברכיים (17): לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, כאבי גב (5), בעיה בחוליות, בכטבר, בריחת סידן (אוסטיאופורוזיס/אוסטיאופניה), פרטס, מחלת מפרקים ניוונית (אוסטוארטרוזיס), דלקת מפרקים שגרנית (ראמטיד ארטריטיס), לופוס (זאבת), פיברומיאלגיה, תסמונת התשישות הכרונית, סקלרודרמה.				
13	מערכת עור ומין (26): לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, צלקות, נגע /או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/קונדילומה.				
14	מערכת הרבייה (27): נשים: לרבות גוש בשד/אבצס בשד, דימומים בלא קשר לווסת החודשית, רחם שריני, אנדומטריוזיס, ציסטות שחלתיות, הפלות חוזרות, צניחת רחם /או הנרתיק, בעיות פריין, האם את כעת בהריון? גברים: גוש בשד/אבצס בשד, בעיות פריין, אשך טמיר, גידול באשך, וריקוצלה, הידרוצלה, היפוספידיאס.				

הערות:

חלק ד' - הצהרות

הצהרה זו תחול ותחייב כל אחד מהמועמדים לביטוח שנכללים בהצעה זו (לרבות בן / בת זוג, אם נכללו). אני הח"מ, המועמד הראשי לביטוח וכל אחד מהמועמדים הנכללים בהצעה, מצהיר ומאשר בזאת:

- כל התשובות שנתתי בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות. (ב) אם אדרש לכך על ידי החברה, אני מתחייב להיבדק בדקה רפואית על ידי רופא החברה והתשובות שתימסרנה על ידי לרופא החברה תחשבנה כחלק בלתי נפרד מהצהרותיי. (ג) קבלה לביטוח: ידוע לי כי הסכמת החברה לקבל אותי או כל אחד מהמועמדים לביטוח, כרוכה בין היתר, בהליך של חיתום, שעל פיו החברה מעריכה את הסיכון הביטוחי בהתבסס על נתונים אקטואריים, נתונים סטטיסטיים, מידע רפואי או כל מידע אחר רלבנטי ורק עם סיומו תודיע לי החברה אם קיבלה או לא קיבלה את ההצעה. תאריך התחלת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח.
- יתור על סודיות רפואית: אני הח"מ נתן רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר /או לעובדיה הרפואיים האחרים /או מוסדותיה הרפואיים /או לסניפיה וכן כל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות, מכון מור, ובתי החולים האחרים, מרפאות בריאות הנפש, בית החולים גהה, המוסד לביטוח לאומי לרבות מידע על תשלומים ששילם ומשלם לי. לחברות הביטוח לקרנות הפנסיה (לרבות המבקש, לפי העניין), שלטונות צה"ל ומשרד הביטחון, למשרד הבריאות, ללשכת הבריאות המחוזית, מנהל האוכלוסין ומשרד הפנים, למסור ל"מגדל חברה לביטוח בע"מ" /או ל"מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ" ("המבקש"). את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש על מצב בריאות /או על כל מחלה שחליתי בה בעבר /או שהנני חולה בה כעת /או שאחלה בה בעתיד. וכן כל ממצא ואבחנה המצויים ברשותם והקשורים למצבי הרפואי. הנני משחרר כל גוף או אדם שפורטו לעיל מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי /או מחלותיי כאמור ולא תהיינה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו כלפי כל המוסר מידע כאמור. כן אני מייפה את המבקש לאסוף כל מידע שיראה בעיניו חשוב בקשר למצב בריאותי, ככל שהדבר דרוש לצורך בירור הזכויות והחובות המוקנות על פי תכניות הביטוח. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. בקשה זו יפה גם כלפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל הגופים המכרים לעיל.

השימוש במידע יעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד.

	חתימת מועמד לביטוח / נציג המועמד לביטוח	
חתימת מועמד שני לביטוח	חתימת מועמד לביטוח / נציג המועמד לביטוח	תאריך

הצהרת סוכן הביטוח / עד לחתימה:

אני הח"מ מאשר בזאת כי המועמד לביטוח חתם בפני:

	חתימת הסוכן / עד לחתימה	
חתימת הסוכן / עד לחתימה	שם פרטי ומשפחה	תאריך
חתימת הסוכן / עד לחתימה	מספר רישיון סוכן	שם פרטי ומשפחה

מק"ט (החודרה 04:2019) 52310001



שם בעל הרישיון	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מספר סוכן

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

הוראה לחיוב חשבון - ביטוח חיים ופנסיה

טופס מספר 5

מספרי פוליסות / תוכניות	
<input type="checkbox"/> בכל פוליסות / תוכניות פרט / תגמולים לעצמאים ע"ש המבוטח	<input type="checkbox"/> רק בפוליסות / תוכניות פרט / תגמולים לעצמאים שמספרן:
1. _____	2. _____
3. _____	4. _____
5. _____	6. _____
7. _____	8. _____
9. _____	10. _____

תשלום בכרטיס אשראי (לא ניתן לשלם באמצעות כרטיס אשראי החזר הלוואה ו/או תשלום חיובים לפוליסה ע"י מעסיק)				
אני מר/גברת:		בעל כרטיס אשראי		
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	סוג הכרטיס	מספר הכרטיס
_____	_____	_____	_____	_____
<p>מאשר בזאת, כי ברצוני לשלם החיובים שיתחייבו ממני בגין פוליסת ביטוח חיים / פנסיה. טופס ביצוע תשלום זה נחתם על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם הואיל וניתנה על ידי הרשאה למגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ להעביר לחברת כרטיסי האשראי חיובים מעת לעת בהוראת קבע כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת האשראי לרבות חיובי הוצאות עקב אי כיבוד הוראת קבע בגין הפוליסות הנ"ל. הנני מסכים כי הסדר זה יהיה בתוקף כל עוד לא אודיע בכתב לחברת הביטוח ו/או קרן הפנסיה לפחות 30 יום לפני מועד סיום ההסדר. ידוע לי כי הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיופק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה וישא מספר אחר.</p> <p>ידוע לי כי ביצוע הסדר התשלום האמור לעיל מותנה באישור חברת האשראי לגבי כל חיוב שיועבר אליה על ידי חברת הביטוח/קרן הפנסיה.</p>				
תאריך	חתימת בעל/י החשבון *			

תשלום בהוראת קבע						
שם הבנק	מספר סניף	מספר בנק	יישוב	כתובת הסניף (רחוב)	מספר בית	ת"ד
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
מספר חשבון		סוג חשבון		קוד מוסד		
_____		_____		00602		
<input checked="" type="checkbox"/> הרשאה כללית שאינה כוללת הגבלות		<input type="checkbox"/> הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות הבאות:				
<input type="checkbox"/> תקרת סכום החיוב ש"ח		<input type="checkbox"/> מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום _____				
(אם ישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח הם יוחזרו ע"י הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך)						

לתשומת לבכם - אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית שאינה כוללת הגבלות						
אני/הח"מ (בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק):						
מספר זהות / ח"פ	שם משפחה / שם חברה	שם פרטי	יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מספר בית	ת"ד
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<p>1. נותנים לכם בזה הוראה להקים בחשבוני/נו הנ"ל הרשאה לחיוב חשבוני/נו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוטב לרבות חיובי הוצאות עקב אי כיבוד הוראת קבע בגין הפוליסות הנ"ל, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).</p> <p>2. כמו כן, יחולו ההוראות הבאות:</p> <p>א. עלי/נו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב חשבון.</p> <p>ב. הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.</p> <p>ג. היה/נהיה רשאי/ים לבטל חיוב מסוים ובלבד, שהודעה על כך תימסר על ידי/נו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.</p> <p>ד. אהיה/נהיה רשאי/ים לדרוש מהבנק בהודעה בכתב לבטל חיוב אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.</p> <p>3. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שביני/נו לבין המוטב.</p> <p>4. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.</p> <p>5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, בכפוף להוראות כל דין והסכם שביני/נו לבין הבנק.</p> <p>6. הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.</p> <p>7. אני/אנו מסכים/ים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.</p>						

פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו יקבע מעת לעת ע"י מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ עפ"י תנאי הפוליסה/ות / התכנית/ות ותוספותיה/ן.	
חתימת בעל/י החשבון *	תאריך

זיקה בין משלם למבוטח	
אם המשלם אינו מועמד לביטוח יש לפרט את מהות הקשר בינו לבין המועמד/ים לביטוח	
<input type="checkbox"/> קרבה מדרגה ראשונה	<input type="checkbox"/> קשר עובד מעסיק
<input type="checkbox"/> בעל פוליסה חריג	<input type="checkbox"/> טופס זיקה

1078



011120050102010423

עמוד 7 מתוך 8

מגדל חברה לביטוח בע"מ
קוד מסמך: 112

מק"ט 521110003 (מחזורת 04.2023)

אישור הבנק לכבוד **מגדל חברה לביטוח בע"מ** ת.ד. 3063 פ"ת מיקוד 4951106
לכבוד **מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ** ת.ד. 3778 פ"ת מיקוד 4951106

קיבלנו הוראות מ- [] לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונו/נמ בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת: כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוע. כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב ע"י בעל/י החשבון או כל עוד לא הוצא/ו בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על ידכם.

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלקה	קוד מוסד	מספר פוליסה / תכנית
		סניף בנק	00602	
תאריך	בנק וסניף	חתימה וחותמת הסניף *		

